

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

---

VOL XXI

NOVEMBRO DE 1959

N.º 5

---

## Sumário:

	Pág.
<i>Plasmocitoma</i> (Mieloma constituído por plasmócitos) — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO e Prof. CARMO LORDY .....	67
<i>Tumores do ovário</i> (Diagnóstico e diagnóstico diferencial) — Dr. WALDEMAR MACHADO ..	70

---



# Boletim do Sanatório São Lucas

*Suplemento de*

"ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

*Editado sob a direção do*

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

*pelo*

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

*Diretor*

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



## DIRETORIA — EXERCÍCIO 1959/1960

*Presidente*

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

*Segundo Tesoureiro*

DR. FERDINANDO COSTA

*Vice-Presidente*

DR. PAULO G. BRESSAN

*Bibliotecário*

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

*Primeiro Secretário*

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Conselho Consultivo:*

Prof. CARMO LORDY

*Segundo Secretário*

DR. NELSON CAMPANILE

DR. ADHEMAR NOBRE

*Primeiro Tesoureiro*

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

DR. ERNESTO AFONSO DE CARVALHO

DR. CESÁRIO TAVARES

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXI

NOVEMBRO DE 1959

N.º 5

## Plasmocitoma (\*)

(Mieloma constituído por plasmócitos)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

e

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

**Dr. Eurico Branco Ribeiro.** — De vez em quando encontramos na literatura casos observados de concomitância de tumores malignos no mesmo indivíduo e na mesma época, tumores êsses de aspecto e característicos diferentes. Menos raro é que se encontre escrito e publicado caso em que, na sucessão do tempo, tumores diferentes se instalam no mesmo indivíduo. Já tivemos ocasião de fazer referência a um caso que fora operado 17 anos antes de um câncer de mama e que voltou ao Serviço com sinais de um tumor estenosante do colon descendente; isso ocorreu à um ano atrás, e nessa segunda incidência de um câncer encontramos um adenocarcinoma do colon. A mesma enferma volta-nos agora com um tumor na região fronto-parietal esquerda e ali fomos encontrar um outro tipo de tumor — um mieloma plasmocitário.

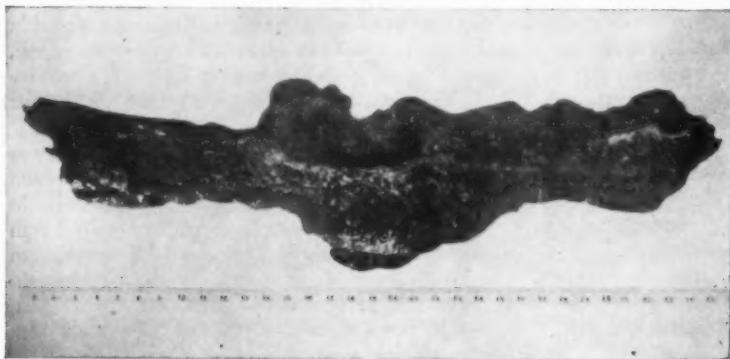
Clinicamente, a enferma nada mais apresentava com relação a êsse seu último tumor do que o aumento de volume que se observava na região fronto-parietal esquerda. Não havia perturbações ao lado do sistema nervoso e o tumor vinha crescendo paulatinamente, sem qualquer manifestação molesta. Quando sua presença foi notada em junho do corrente ano, mandamos fazer o exame radiológico do crânio e ali já se observava uma ligeira modificação da estrutura óssea, modificação essa que nos levou a acreditar que se tratava de me-

(\*) Considerações feitas na Reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 20 de novembro de 1958.

tástase do câncer do intestino de que fora operada em novembro do ano passado. Essa modificação da estrutura óssea foi-se acentuando, de maneira que, agora, quando a doente se internou para outra intervenção, já apresentava uma lesão bastante intensa, com destruição das tábuas ósseas. Apesar dessa destruição, a doente ainda não apresentava nenhuma manifestação por compressão do cérebro. O estado geral é perfeitamente bom, tendo, porém, uma tendência para a anemia, porquanto apresentava agora 4.000.000 de glóbulos vermelhos por  $\text{mm}^3$  e 8.400 leucócitos, tendo a taxa de hemoglobina caído para quase 70%. Foi feita uma biópsia desse tumor e a nossa surpresa consistiu em que, em vez de metástases, encontramos outro tipo de tumor, um plasmocitoma. Trata-se de tumor que pode ser localizado ou que pode apresentar-se em manifestações múltiplas e uma das suas localizações preferenciais são os fêmures; por isso, mandamos radiografar os fêmures da enferma, mas não havia outro foco a esse nível. Também em outros ossos não apresenta qualquer tumoração suspeita. Portanto, podemos acreditar que no caso presente o tumor é solitário. O prof. Carmo Lordy vai-nos dizer agora, o que sabe a respeito dos plasmocitomas.

**Prof. Carmo Lordy.** — Trata-se, como o mesmo nome indica, de um tumor próprio da medula óssea, representado por células plasmáticas. Como sobre a gênese dessas células, bem como sobre sua significação e destino não se disse ainda a última palavra, é conveniente fazer preceder algumas referências a respeito.

Os plasmócitos apresentam forma geralmente ovóide ou poliedrica. Seu diâmetro oscila entre 10 a 12 micra, havendo formas bem maiores. O núcleo celular, geralmente em situação excêntrica, é pequeno, oferecendo destruição característica de sua cromatina, condensada em pequenos blocos de encontro à superfície interna da membrana nuclear (núcleo em roda). Entre o núcleo e o citoplasma



*Aspecto do adenocarcinoma do colo.*

há um semilunar, claro, onde está alojado o aparelho centrossômico. O citoplasma, de contorno bem nítido, é finamente granuloso, intensamente basófilo.

Os plasmócitos encontram-se normalmente em pequeno número no conetivo intersticial, principalmente dos órgãos hematopoiéticos. Abundam nos estados hiperplásicos, em certos granulomas (sífilomas, lepromas) e nas inflamações crônicas em geral. Como vêm acompanhados de leucócitos, principalmente de linfócitos, alguns A. A. são de opinião que derivem dos linfócitos ou de outros elementos linfóides oriundos do sangue. O conceito mais generalizado, porém, é que provenham de elementos conetivos embrionários, isto é, dos histiócitos.

Parece que os plasmócitos sejam destituídos de ameboismo e de poder fagocitário, não se conhecendo ainda função peculiar a êles, embora alguns A.A. os considerem como células de natureza específica. Conforme outros A.A., os plasmócitos representariam um especial estágio funcional, transitório e característico, das células linfóides, devido a peculiares estímulos. Não deveriam, por isso, ser considerados como elementos definitiva e estávelmente diferenciados. Na mesma ordem de idéias, A.A. admitem para os plasmócitos o poder de se transformarem em outros elementos do conetivo, em fibroblastos.

Voltando ao ponto inicial, os mielomas podem se apresentar solitários ou múltiplos. Os solitários se desenvolvem num só ponto, numa extensão limitada ou maior, a ponto de se tornarem causa de eventuais fraturas ósseas. Os mielomas múltiplos, mais frequentes, são encontrados nos ossos curtos, principalmente nas vértebras e nos ossos chatos cranianos. De conformidade com o tipo celular de que são constituídos, os mielomas podem ser mieloblásticos, mielocíticos, plasmocíticos ou mais simplesmente plasmocitomas.

Já foram observados casos de produção do mesmo tipo celular fora da medula óssea, no fígado, por exemplo, não se sabendo que interpretação dar: trata-se de metastase ou de proliferação autóctona?

Em casos de mieloma aparece com freqüência na urina um corpo protéico especial, a chamada albumina de Bence-Jones. Ao conjunto do quadro clínico conferiu-se a denominação de moléstia de Kahler.

Acontece, entretanto, que nem todos os A.A. consideram os mielomas como verdadeiras produções tumorais, devendo antes ser interpretados como a expressão de uma moléstia sistemática do aparelho hematopoiético.

Essa impressão é efetivamente sugerida pelo exame histológico em muitos casos. Aceito esse ponto de vista, os nódulos do mesmo tipo celular que por ventura se desenvolvem em outros órgãos deixariam de ser considerados como metástases.

Tudo se passaria como nos casos, por exemplo, de mielose aleucêmica, tanto mais que o quadro hemático dos mielomas se mantém igualmente aleucêmico.

## Tumores do ovário

### (Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial)

DR. WALDEMAR MACHADO

(Chefe da Seção de Maternidade do Sanatório São Lucas)

Para fazer-se o diagnóstico de tumores do ovário lançamos mão não só dos dados colhidos na anamnese mas especialmente daqueles obtidos em exame físico cuidadoso. Entretanto, nem sempre é possível colher-se dados neste último exame quer pelo desenvolvimento do pâncreas adiposo, quer pela reação da paciente. Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito em exame de rotina decorrente de queixa simples como corrimentos ou perturbações menstruais.

Passaremos em revista os vários fatores que levam o especialista a orientar-se para um diagnóstico de possível tumor ovariano. Assim temos o fator idade.

**Incidência na idade.** — É de interesse clínico saber-se a idade em que aparecem os tumores do ovário, pois, a incidência varia com o tipo do tumor. Alguns tumores, como o das células da granulosa, embriomas e sarcomas podem ocorrer na puberdade. Sein apresenta um tumor de células da granulosa numa criança de dois anos e três meses, com puberdade precoce. As cistes dermóides são mais comumente encontradas da terceira para a quarta década da vida, enquanto que os tumores malignos aparecem mais freqüentemente após a menopausa.

São concordes as estatísticas de Geist e Baunstein, em que as cistes dermóides e os pseudos cistomas mucinosos são mais comuns entre as quarta e quinta décadas da vida.

**Posição dos tumores.** — Os tumores ovarianos podem ser intra-peritoneais, intraligamentares ou ocupar o meso sigmóide, o meso ceco ou o mesentério do intestino delgado.

**Pedículo.** — Os tumores de ovário apresentam pedículo formado pelo ligamento suspensor do ovário, ligamento próprio do ovário, meso ovário, veias e artérias correspondentes. A trompa às vezes acompanha o desenvolvimento das cistes e apresenta-se alongada.

(\*) Trabalho apresentado a Sociedade Médica São Lucas em 16 de junho de 1959.

**Migração.** — Um fenômeno possível é a migração do tumor e está na dependência do desenvolvimento progressivo do mesmo. As aderências apresentadas são decorrentes de inflamações devidas à necrose, extravazamento sangüíneo ou de conteúdo cístico, e secundariamente devido à ação destrutiva do tumor.

**Crescimento.** — O crescimento dos tumores do ovário se faz livremente na cavidade abdominal e menos vêzes é intraligamentar e não encontra dificuldades para desenvolver-se fora da pelvis. Quando são bilaterais, o menor está em baixo, no fundo de saco e o maior ocupa o abdômen.

**Consistência.** — Os tumores ovarianos quando moles adaptam-se ao meio sem ocasionar mau estar; quando são intraligamentares, deslocam o útero para o lado oposto e produzem sintomas de compressão, embora pequenos; quando são consistentes (sarcomas dermóides), irritam o peritônio, estabelecem aderências e estas dão sintomas decorrentes das trações que exercem. Quando o tumor ovariano fica encarcerado na escavação pélvica, empurra o útero para diante e a compressão da bexiga é causa de polaciúria; a compressão dos intestinos perturba a defecação e produz dores sagradas e pelvianas que se irradiam para os membros inferiores. Se o tumor atinge o tamanho de útero grávido a termo, transforma as funções das vísceras abdominais: a capacidade do estômago se reduz; a digestão é feita com lentidão e há obstipação; o diafragma é rechassado para cima, os pulmões são comprimidos, há dispnéia e a respiração é de tipo costal puro, vendo-se cada vez mais o arqueamento que sofrem as costelas para fora.

Os transtornos circulatórios podem ser oriundos da compressão das veias ilíacas pelo tumor, dificultando a circulação de retorno em um ou nos dois membros inferiores. Devido à estase circulatória, produzem-se edemas e formam-se trombozes. A elevação do diafragma e conseqüente deslocação do coração dão lugar a transtornos cardíacos (bradicardia, arritmia, extrasístoles) e ainda sensação de opressão na região precordial. A diminuição do apetite e da assimilação, combinada com o consumo extraordinário de materiais nutritivos que leva consigo o rápido crescimento do tumor, criam grande desequilíbrio entre o ingresso e os gastos e a enferma cai em marasmo, sobrevivendo finalmente a morte. O tumor ovariano cresce lentamente e quando a paciente refere que tem um tumor há 6 meses, podemos juntar outros 6 ou mais, porque os tumores pequenos não dão sintomas. Os tumores ovarianos podem apresentar aderências aos órgãos vizinhos e quando pediculados podem sofrer torção do mesmo pedículo, podendo esta ser brusca ou lenta e neste caso com possibilidade de voltar à posição anterior. Quando a torção é violenta, pode ocorrer a desinserção do tumor por aderência e necrose do seu pedículo e o mesmo continua a evoluir por nutrição

do epiplon. Pode haver também hemorragia dentro do tumor ou na sua superfície, como também roturas da cápsula, dando então sinais de síndrome abdominal agudo.

**Tumor ovariano e gestação.** — É freqüente a coexistência de gravidez e tumor ovariano, sendo também possível nos bilaterais, especialmente nos dermóides. Os carcinomas ovarianos primários e secundários raras vezes coexistem com a gravidez. Se o tumor localiza-se na escavação ou é intraligamentar, desde o 4.º mês de gestação e às vezes antes, surgem transtornos de compressão, que se acentuam cada vez mais, em consequência do contínuo crescimento do útero. Quando o tumor permanece encravado na escavação, chega a constituir um obstáculo ao parto e a conduta a seguir dependerá de cada caso. Os tumores ovarianos, quando menores que uma cabeça de feto, em geral localizam-se na escavação pelviana, atrás do útero, levando este de encontro à sínfise pelviana; os intraligamentares deslocam o útero para o lado oposto, porém às vezes o deslocamento é para cima e para diante, tornando difícil alcançar a portio. O tumor de consistência dura à palpação bimanual parece ser maior que na realidade o é, e o de consistência mole, ao contrário, parece menor. Quando o tumor está mergulhado em ascite, percebe-se o rechaço semelhante ao da cabeça fetal na gravidez.

**Bilateralidade.** — Os tumores do ovário geralmente são bilaterais e para J. Miller constituem 12 a 24% dos tumores benignos e de 26 a 54% dos malignos. Os tumores bilaterais mais comuns são os metastáticos que, para Moyr constituem 90% de casos e para Frankl 77.7%.

**Ascite e hidrotorax.** — Ascite é um sinal *commum* nos tumores do ovário, de cor âmbar ou verde amarelada, ou amarelada ou hemorrágica e outras vezes de aspecto viscoso ou filante. (A composição físico-química ainda não foi bem explorada. Quenu, citado por J. Miller refere uma alta percentagem de sólidos (7,5 a 10%) no fluido ascítico). A ascite é mais comum nos tumores malignos do ovário, e especialmente nos metastáticos e destes, nas metástases peritoneais.

Denons, em 1887, descreve a concomitância de ascite e hidrotorax em pacientes com tumores ovarianos benignos. Esta observação só se tornou bem conhecida após os trabalhos de Meigs, em 1937, que evidenciou que a ascite e o hidrotorax são comuns nos fibromas.

**Caquexia facies ovarica.** — É caracterizada por enorme distensão do abdômen, marcada emaciação, expressão de sofrimento, extrema fraqueza, sinais estes dificilmente encontrados hoje em dia.

**Hemorragia.** — É freqüente a hemorragia no interior do tumor, especialmente quando há torção do pedículo; outras vezes há rotura da cápsula do tumor e a hemorragia se processa na cavidade abdominal; o derrame hemático devido à rotura de veias superficiais do tumor é contingência rara.



**Infecção.** — Quando se fez tratamento por injeção de substâncias irritantes, o que hoje é raro, é comum a contaminação por órgão vizinho como intestino e trompas. As lesões puerperais, as hemorrágicas e a torção do pedículo favorecem as infecções. Os germens encontrados são os gonococos, estafilococos, estreptococos, coli bacilo, bacilo tífico e paratífico, pneumococos e proteus. A rotura de tumor infectado do ovário na cavidade abdominal e a conseqüente peritonite é eventualidade rara, sendo mais freqüente a abertura do tumor em víscera ôca, especialmente o reto.

**Tuberculose.** — A literatura registra casos do envolvimento do tumor ovariano por tuberculose peritoneal.

**Efeitos sobre a menstruação.** — A menstruação é pouco influenciada pelos tumores ovarianos. As exceções são encontradas nos: a) tumores das células da granulosa, que produzem abundante hormônio estrogênico. Quando aparecem em adolescentes, produzem menstruações precoces e hemorragias quando na pós-menopausa; b) nos tumores que produzem hormônio masculino; arrenoblastomas, luteomas, que suprimem o ciclo e surgem característicos do sexo oposto, com hipertrofia do clitoris, distribuição masculina dos pêlos, voz grave, etc.; c) os carcinomas, destruindo o tecido ovariano, dão causa a perturbações menstruais; a perturbação menstrual no período do climatério é ocorrência muito provável devida à neoplasia ovariana; d) a presença de cistes dermóides bilaterais provoca a dilatação dos períodos menstruais.

**Efeitos sobre a fertilidade.** — A fertilidade é influenciada pela presença de tumores ovarianos, entretanto, como os tumores malignos só atingem, na sua maioria, mulheres após a menopausa, a sua ação é reduzida. O contrário acontece com os tumores benignos, que surgem no período ativo da vida sexual feminina e que são os mais comuns.

**Efeitos sobre a gestação** — A gravidez, o feto e o puerpério podem ser perturbados ou apresentar complicações devidas à localização, rotura ou supuração do tumor ovariano e torção de seu pedículo. Em geral, um tumor ovariano, encontrado em gestante, é removido logo que o diagnóstico tenha sido feito. No parto, o tumor ovariano pode perturbá-lo e mesmo impedi-lo, como no caso dos tumores prévios, podendo ocorrer a torção do pedículo ou a rotura do tumor.

Além dos sinais encontrados no exame físico da paciente, podemos contar ainda com elementos subsidiários de valor para o diagnóstico dos tumores, como a culdoscopia e a laparoscopia, porém, somente em serviços muito especializados é que podemos contar com esses preciosos elementos.

**Carcinoma do ovário.** — Pode ser primitivo ou secundário e, neste caso, devido a metástases. Segundo Miller, o carcinoma ovariano constitui, 4,6% de todos os cânceres e 14,9% dos tumores ovarianos. É mais comum em mulheres entre 40 e 60 anos, podendo aparecer raramente na juventude e na senilidade.

**Raças.** — Os carcinomas do ovário são mais comuns nas israelitas que em outras raças e são, geralmente, bilaterais em 50% dos casos.

**Metástases.** — São freqüentes e ocorrem precocemente quer por via linfática, quer por via hemática, menos freqüentemente, para o outro ovário, mais comumente para o peritônio visceral e parietal, gânglios linfáticos, lombares e ilíacos. As metástases em outros órgãos como o fígado, intestinos, vértebras etc., são mais freqüentes do que se supõe. A disseminação de células carcinomatosas por via linfática no útero e trompa não é rara, especialmente nos tumores metastáticos. As aderências são freqüentes aos tecidos e órgãos adjacentes, especialmente no ligamento largo, razão pela qual a torção do pedículo é rara nos tumores malignos.

Os tumores metastáticos são bilaterais em maior porcentagem e o tamanho nestes é mais ou menos idêntico em ambos os ovários, enquanto que nos primitivos seus volumes são diferentes.

**Volume e forma.** — Os carcinomas do ovário são esféricos ou ovóides ou em forma de rim, grosseiramente nodulares e raramente lisos, com volume de 3 a 15 cm de diâmetro e em regra não atingindo 10 cm quando da primeira consulta.

**Prognóstico.** — O prognóstico é mau, mesmo nos casos de aparente cura cirúrgica radical, sendo que, os cânceres unilaterais têm melhor prognóstico que os bilaterais.

**O carcinoma secundário desenvolvido num cistoma seroepitelial.** — O tumor apresenta-se com consistência cística ou sólida, geralmente bilateral, e de volume também diferente.

**Carcinoma secundário em cistoma pseudomucinoso.** — É menos freqüente que o anterior. Para Stubler e Branden, a degeneração se dá em 6,7% de casos enquanto que os cistos seroepiteliais degeneram em 42,5%. São bilaterais em apenas um terço dos casos, e a idade em que mais comumente são encontrados é em torno dos 44 anos, enquanto que nos tumores seroepiteliais surge em torno dos 54 anos. O volume varia entre o tamanho de uma cabeça de feto à cabeça de um adulto, sendo parcialmente císticos e sólidos. A ascite nestes tumores é rara.

**Tumores oriundos de cordões germinativos.** — São provenientes da substância dos cordões germinativos não diferenciada e não desenvolvida na direção normal, não participando das atividades fisioló-

gicas do ovário. Esse material permanece em repouso até uma época em que é estimulado para uma proliferação patológica. Assim, temos tumores das células da granulosa, tumores da teca ou tecomas desenvolvidos na linha feminina, enquanto outros se desenvolvem em direção masculina, como os arrenoblastomas (tubos seminíferos) ou de células intersticiais de Leydig, dando os luteomas; outro grupo se desenvolve em linha sexual indiferenciada, constituindo os disgerminomas.

**Tumores de células da granulosa.** — Considerados por Novak como carcinomas, apresentam forma esférica ou ovóide, bem pediculados, de livre aumento na cavidade abdominal, atingindo em média 10 cm de diâmetro, e mais raramente atingindo o volume da cabeça de adulto. Quando pequenos são sólidos e quando volumosos são de consistência líquida. São freqüentes as hemorragias, degeneração gordurosa, necrose, liquidação e formação cística. O quadro clínico revela excreção de hormônios oriundos das células da granulosa. O endométrio exhibe o quadro da hiperplasia glandular cística e no caso de luteinização da granulosa também mudanças secretórias pré-menstruais. Quando surgem em crianças, produzem sinais de puberdade precoce, e quando em mulheres em menopausa produzem perdas já inexistentes. Quando surge em mulheres na idade de reprodução apresenta amenorréia seguida de menorragia. O seu prognóstico é favorável, pois apenas 5 a 10% apresentam transformação maligna. Para Novak e Brauner essa porcentagem atinge 28%. A associação com adenocarcinoma do corpo tem sido relatada. A ascite é rara.

**Tumores das células da teca — tecomas.** — São oriundas das células da teca e foram descritos em 1932 por Löffler e Prievel. São unilaterais, sólidos, globosos ou ovóides, de superfície bosselada e às vezes são aderentes aos órgãos vizinhos. São menos freqüentes que os tumores das células da granulosa e a idade em que surgem é entre os 50 e 70 anos. São benignos, mas casos com metástases têm sido descritos. A ascite e o hidrotorax são freqüentes.

**Arrenoblastoma.** — De acordo com R. Meyer, arrenoblastomas são tumores originários do tecido embrionário dos cordões germinativos, conservando mais ou menos distinta a estrutura do testículo, entretanto, atingindo seu completo desenvolvimento em tecido testicular normal apresentando sinais de virilização: distribuição de pelos, voz grossa, hipertrofia do clitoris e amenorréia.

**Luteoma.** — É tumor raro, virilizante, de histogênese ainda não bem estabelecida.

**Ginandoblastoma.** — São tumores de células da granulosa mais arrenoblastoma, produzindo aumento do hormônio de efeitos masculinizantes.

**Disgerminomas.** — São tumores oriundos de células gonadais indiferenciadas, sem desenvolver-se para o masculino ou para o feminino, mas representando o sexo neutro, encontrados tanto nos ovários como nos testículos. Surgem em mulheres dos 15 aos 25 anos, com sinais de hiperplasia genital e insuficiente desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários ou com sintomas de intersexualidade. Novak revela caso mais jovem em menina de 6 anos, e caso mais velho em senhora de 38 anos, na sua estatística. São tumores malignos, que se curam em 60% dos casos com a operação. A ascite hemorrágica é um mau sinal.

**Sarcoma.** — É um tumor raro do ovário. Na estatística de J. Miller, constitui apenas 2,8% de todas as neoplasias ovarianas. Surgem em todas as idades, mais comumente entre os 10 e 50 anos. Casos isolados de melanossarcomas têm sido relatados, mais provavelmente metástases de tumores do olho, da pele ou do tecido melanico de uma ciste dermóide. Os sarcomas secundários oriundos de tecidos benignos, como cistes dermóides, ciste serosa ou ciste pseudo mucinosa são raros. Os sarcomas apresentam-se de forma arredondada ou ovalada ou cilíndrica, bocelados, esbranquiçados ou avermelhados e ocasionalmente atravessados por grossos vasos. O seu volume é geralmente pequeno. Os sarcomas de células redondas são friáveis e moles; os fibrossarcomas são duros. Ambos os ovários são invadidos em 1 de cada 4 casos. O pedículo é geralmente bem desenvolvido, sendo atravessado por grossos vasos e muitas vezes é torcido. As aderências com os tecidos vizinhos são muito menos freqüentes que no ovário carcinomatoso. A ascite está presente em quase todos os casos. São freqüentes as alterações secundárias como edema, degeneração gordurosa, hemorragia, necrose e liquidação. Os sarcomas são muito malignos e de desenvolvimento muito rápido, e as metástases se dão por via sangüínea. As perturbações menstruais não são característicos e a amenorréia ou perdas irregulares podem surgir. O tumor unilateral tem melhor prognóstico que o bilateral.

**Tumores neurogênicos.** — Autóctones ou metastáticos são muito raros. Os autóctones são os paragangliomas, neuromas com repercussão ganglionar e neurofibromas. Foram relatados dois casos de glioma da retina metastáticos e um caso de neuroblastoma metastático da suprarrenal.

**Melanomas.** — Os primitivos são raros, mais freqüentes são os metastáticos mas de qualquer forma são extremamente malignos.

**Teratomas — (monstros).** — São tumores derivados dos três folhetos e seus característicos variam com a idade de seu desenvolvimento, constituindo o teratoma adulto, a ciste dermóide, o teratoma cístico, imaturo ou embrionário, e o teratoma embrionário, ou teratoma sólido, o teratoblastoma. Os tumores do primeiro grupo são císticos e os do segundo total ou predominantemente sólidos.

Em ambos os casos os tecidos humanos são apresentados mais ou menos em completo desenvolvimento. Frequentemente órgãos iguais, sistemas e partes inteiras do corpo podem ser reconhecidos numa completa série de evolução transicional, até o feto in fetu. Os tumores teratogênicos ocorrem predominantemente mas não exclusivamente nas glândulas sexuais. São encontrados mais frequentemente nos ovários que nos testículos. Não só anatômicas, mas como também clínicas são as diferenças existentes entre o teratoma adulto e o embrionário. O teratoma adulto é benigno e o embrionário é maligno.

**Estruma ovárico.** — É tumor formado por tecido idêntico ao da tireóide e produz sintomas tireotóxicos e a repercussão, no ciclo menstrual, caracteriza-se por hipermenorréia e hemorragias acíclicas.

**Corioepitelioma do ovário.** — É um neoplasma maligno, oriundo do ectoderma que recobre as vilosidades placentárias. Pode ser encontrado nas glândulas genitais de qualquer sexo. Sua ocorrência em crianças, virgens e homens confirma a sua inequívoca independência da gravidez.

**Mesonefroma.** — É um tumor derivado de restos mesonéfricos, descrito por Schiller. Contestado por vários autores é hoje geralmente aceito. Pode ser maligno ou benigno.

**Hipernefroma.** — É tumor derivado da deslocação do tecido adrenocortical. Pela semelhança das células é confundido com o luteoma. São tumores globulosos, bocelados ou lisos, variando o seu tamanho de 5 a 15 cm de diâmetro, de cápsula brilhante nacarada, branca, firme, de consistência mole. Eles são sólidos mas podem apresentar cavidades. A bilateralidade é ocorrência rara. Raramente são primitivos, mais comumente são secundários, derivados de tumor primitivo da cortex suprarrenal. É tumor maligno que produz metástases rapidamente. Na criança produz puberdade precoce, desenvolvimento do esqueleto, hipertricose, impulso no desenvolvimento sexual, desenvolvimento dos seios e menstruação precoce.

No adulto produz sinais de masculinização, amenorréia, hirsutismo, voz grave, atrofia dos seios. A marcada afinidade química entre o hormônio adreno-cortical e o hormônio sexual explica a semelhança dos sintomas clínicos, entretanto, os efeitos da masculinização nem sempre estão presentes em casos de hipernefroma.

**Tumores secundários.** — O ovário é lugar de predileção para carcinomas metastáticos, pois ali encontram condições favoráveis para nutrição e desenvolvimento, e muitas vezes até excedem o tumor primitivo em tamanho. Frequentemente, o tumor metastático apresenta alterações na sua estrutura histológica no ovário e perde sua identidade com o tumor primitivo e daí passarem a ser considerados como tumores primitivos do ovário.

Os tumores primitivos são mais freqüentemente localizados no estômago e menos comuns em outras regiões do tracto gastrointestinal, vesícula, trompas, glândulas mamárias ou árvore brônquica. São muito freqüentes as metástases ovarianas de tumores primitivos dos seios, tanto que Karsh revela em sua estatística que 34 por cento dos tumores ovarianos metastáticos são oriundos de tumores da mama; a fonte mais próxima de metástases ovarianas é a de tumores do estômago 15,2%. Carcinomas de outros órgãos jogam uma ação insignificante na produção de cânceres metastáticos do ovário. Entre os tumores genitais, os da trompa metastisam pela contacto direto com o ovário. Segundo J. Miller, o carcinoma do corpo do útero metastisa o ovário em 7,2% de casos e o câncer cervical em somente 0,65%.

A metástase pode ser veiculada pelas seguintes maneiras: pela via linfática; por células descamadas da superfície do tumor e levadas ao peritônio, Douglas e ovário; pela corrente sangüínea, que é a mais comum; por contacto imediato do tumor primitivo com ovário (trompa e reto). Os tumores metastáticos são irregulares, nodosos, raramente aderentes, de consistência firme, azulados ou acinzentados e raramente avermelhados; são quase sempre bilaterais, e o tumor do ovário direito geralmente é maior do que o do esquerdo. O pedículo desses tumores é geralmente curto e largo e por isso raramente se torce. A invasão carcinomatosa muitas vezes é limitada ao ovário, em alguns casos os outros órgãos genitais são também invadidos. A forma mais comum e especial de tumores metastáticos do ovário é descrita por Krukenberg, e daí ser conhecido com o nome deste autor. São tumores que crescem rapidamente, nodulares, sólidos, caracterizados por apresentarem células em sinete. Outro característico destes tumores é a quantidade de tecido conectivo, dando-lhe o aspecto de fibroma ou sarcoma.

Os tumores metastáticos surgem em idade ainda ativa dos ovários, o contrário do que ocorre nos tumores primitivos, que surgem em idade avançada. Na estatística de J. Miller em 580 casos, 280 mulheres estavam entre 31 e 50 anos, enquanto 108, estavam entre os 51 e 60 anos, o que demonstra o porquê da ocorrência de tumor de Krukenberg em gestantes. Quando o tumor atinge regular tamanho, destrói o tecido ovariano e sobrevém a amenorréia. Em muitos casos o abaulamento do abdome e a ascite são os primeiros sintomas que levam a paciente ao médico. O tumor primitivo pode ser um pequeno câncer gástrico não causando ainda perturbação flagrante. Por esta razão, quando se encontram tumores ovarianos bilaterais, há necessidade de examinar-se todo o corpo, especialmente o tracto gastrointestinal.

As metástases de sarcomas nos ovários são muito menos freqüentes que as dos carcinomas. Citam-se na literatura metástases de melano sarcomas e linfo-sarcomas.



### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O tumor ovariano pode coexistir com gravidez e confundir o examinador; neste caso lançamos mão das provas biológicas. O diagnóstico diferencial com a gravidez ectópica não é difícil, quando existe derrame sangüíneo na cavidade abdominal, mas quando já existe hematocele, torna-se difícil a distinção. Quando a anamnese informa a falha menstrual e coexistem dores fortes no baixo ventre, mais forte de um lado, e metrorragia ao fim de 5 ou 6 semanas e anemia que se acentua, é fácil a distinção da gravidez ectópica com um tumor ovariano.

Os exsudatos móveis, situados na parte superior do ligamento largo, podem simular tumores do ovário e miomas. Neste caso são importantes os dados da anamnese, que referem o início febril em seguida a um aborto, parto ou manobra intrauterina. Quando o exsudato intra-peritoneal enche o espaço de Douglas, pode simular um tumor de ovário e, para distingui-lo, levar-se-á em conta que, se se trata de exsudato, a anamnese revela que houve febre e que o começo da enfermidade foi doloroso. A febre pode persistir. Os limites do tumor para cima e para os lados são imprecisos e a exploração é dolorosa; em alguns casos é necessário recorrer-se à punção exploradora para decidir o diagnóstico.

Os grandes tumores abdominais podem estar formados pelo ceco insuflado e mais raramente pela flexão do sigma, cheio de fezes. Tais ileos paralíticos são favorecidos por estase fecal e por aderências intestinais, muitas vezes consecutivas a uma apendicite.

Os tumores do intestino podem ser confundidos com tumores ovarianos quando aquêles se apresentam na entrada da pelvis. O carcinoma do ceco pode estar situado em cima do útero, aderido a êle ou aos anexos, simulando uma neoplasia ovariana (caso pessoal). O timpanismo rebelde ao tratamento fala sempre a favor de uma afecção intestinal. Os sintomas intestinais podem faltar de todo, enquanto não existe estenose. O inverso também pode acontecer, isto é, tumor do ovário aderente ao ceco ou sigma, simulando tumor intestinal. O diagnóstico basear-se-á no toque retal e na radiografia.

Em caso de ptose gástrica, um câncer do estômago pode localizar-se na pelvis e confundir-se com um tumor do ovário.

Os lipomas do epiplon podem simular tumor do ovário, assim como a tuberculose de gânglios mesentéricos, sarcomas retroperitoneais, linfomas e fibromas que crescem rapidamente, levando o médico a considerá-los tumores do ovário.

Os tumores esplênicos baixam da parte superior esquerda do abdômen e conservam a forma do baço, e sempre se acompanham de alterações hemáticas. O chamado baço flutuante pode descer até ao Douglas, ali se deforma e adota características de um tumor ovariano, o mesmo podendo ocorrer com o rim pelviano congênito.

As cistes de pâncreas e as de mesentério têm sido confundidas algumas vezes com cistes de ovário. Para diferenciá-los levar-se-á em conta a falta de conexão do tumor com os órgãos genitais, suas relações com o intestino, os resultados de radiografia e a existência de transtornos pancreáticos.

Os tumores desenvolvidos na parede do abdômem podem dar lugar também a erros de diagnóstico, como nos casos de cistes pré peritoneais do uraco, os miomas, sarcomas, hematomas, abscessos (equinococcias e actinomicoses) do músculo reto do abdômen.

A carcinomatose peritoneal, às vezes motivada por carcinoma do ovário, e a tuberculose peritoneal são às vezes muito difíceis de distinguí-las, até mesmo na necropsia, o enrolamento do epiplon que às vezes se produz na tuberculose pode parecer à palpação um tumor do ovário e igualmente uma ascite lateral encapsulada pode dar lugar ao mesmo erro (caso pessoal,, peritonite encapsulante).

Para decidir-se se um tumor ovariano é benigno ou maligno, não se deve esquecer que a resolução em um ou outro sentido se adotará somente conhecendo com segurança o resultado da palpação e ao perceber por tato vaginal os nódulos metastáticos no Douglas. Embora a ascite, a bilateralidade, o abaulamento do ventre, o rápido crescimento, sejam característicos dos tumores malignos do ovário, podem de outro lado também ser devidos a tumores benignos. Os sintomas seguros de malignidade em um tumor ovariano não existem em todos os casos e podem dar igualmente lugar a equívocos (Stockel).



